

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2017.17.025

标准与规范

脾虚证中医诊疗专家共识意见 (2017)

中华中医药学会脾胃病分会

1 概述

1.1 中医对脾的认识

《素问·灵兰秘典论》曰“脾胃者，仓廪之官，五味出焉”，《素问·经脉别论》曰“饮入于胃，游溢精气，上输于脾，脾气散精”，均描述了脾主运化的作用。《灵枢·营卫生会》曰“中焦并胃中，出上焦之后，此所受气者，泌糟粕，蒸津液，化其精微，……乃化而为血”，指出气血生成由脾胃相互协调完成。《素问·痿论》曰“脾主身之肌肉”，《素问·玉机真脏论》曰“脾脉者，土也，孤脏以灌四傍者也”，说明脾主司肌肉和充养四肢百骸的属性。《金匱要略》曰“四季脾旺不受邪”，指出脾气健旺则外邪不易入侵。《养生四要》曰“受水谷之入而变化者，脾胃之阳也；散水谷之精气以成营卫者，脾胃之阴也”，表明脾也有阴阳之分。上述有关脾“主运化”“主统血”“主肌肉四肢”“脾为之卫”以及脾为“气血生化之源”的功能，不仅涵盖了现代医学的消化系统，而且与神经、内分泌、血液、循环、免疫、生殖、运动系统功能也密切相关。正是由于脾在脏象理论中所处的特殊地位，使得对脾本质的研究历久不衰并取得了长足进步。

1.2 脾虚证诊疗标准的变迁

脾虚证是证候研究的重要组成部分，也是国内开展研究最早的证候之一，对其诊疗标准的探索呈现不断扬弃和演变的过程。20 世纪 70 年代中期，原广州中医学院脾胃研究组最早提出脾虚证诊断方案^[1]。1982 年全国中西医结合虚证与老年病研究专业委员会制订脾虚证辨证诊断标准^[2]：1) 食欲

减退；2) 食后或下午腹胀；3) 大便溏薄；4) 面色萎黄；5) 肌瘦无力；5 项之中具备 3 项以上即可诊断，由此初步有了脾虚证全国性辨证诊断标准。1986 年该专业委员会对 1982 年的辨证标准进行修改，将大便溏泄列为第 1 项，食后腹胀增加了喜按的条件，并推荐尿 D-木糖排泄率（北京中医医院、北京中医研究所提出）和唾液淀粉酶酸负荷试验（原广州中医学院脾胃研究室提出）作为辅助实验室疗效参考指标^[3]。1987 年原卫生部、1988 年国家中医药管理局发布的相关标准都含有脾虚证的诊断和疗效标准^[4-5]。1993 年原卫生部发布《中药新药临床研究指导原则（第一辑）》^[6]列有脾虚证诊断标准、主症轻重程度分级和疗效判定标准，是较为全面且具有代表性的脾虚证诊疗标准，得到较广泛运用。2002 年《中药新药临床研究指导原则（试行）》^[7]进一步制订了脾气虚证诊断标准、症状量化分级和相应疗效判定标准。

1.3 脾虚证的研究现状

临床脾虚证涉及多种中西医病种，症状复杂多样，研究过程难免产生较多定性为主的病理生理数据，且其间存在的非线性关系在一定程度上制约了脾虚证全貌的现代研究；同时，脾虚证研究多集中在一方一法或专家经验，尚缺乏大样本、多中心、随机对照循证医学研究，证据级别也相对较低。近年来，已有研究提出脾虚证亚型概念并进行了物质能量代谢基因研究的有益尝试，初步提示脾虚证消化吸收功能障碍亚型存在相关物质能量代谢障碍的基因背景^[8]；“证候组学”概念的提出，则拟通过系统生物学研究以求解释脾虚证复杂的病变机制^[9]。在此基础上，若能将脾虚证复杂临床表现分解为相对简单的如消化吸收障碍、胃肠运动障碍、免疫功能低下不同亚型，从基因、转录、蛋白及代谢等多组学、多层次对其进行系统探讨，应该

基金项目：北京市医院管理局重点医学专业发展计划-重点医学专业（中医脾胃病）：ZYLX201411

通讯作者：1) 张声生，首都医科大学附属北京中医医院消化中心，邮箱：zhss2000@163.com；2) 胡玲，广州中医药大学脾胃病研究所，邮箱：hl.cn@139.com

更能集中反映脾虚证某一证候亚群病理改变的特点,使临床辨证用药更具针对性。

纵观脾虚证诊疗标准发展历程,因所选择研究对象和病种不同,或标准制定者经验认识存在一定差异等,使其尚未在全国范围内形成高度共识。因而有必要对既往脾虚证诊疗标准进行修定和细化,以满足临床诊疗和科研的需要。

中华中医药学会脾胃病分会于 2014 年 8 月在合肥牵头成立了《脾虚证中医诊疗专家共识意见》起草小组。起草小组成员在既往发布的脾虚证诊疗标准基础上,综合近年来脾虚证的研究成果,依据循证医学的原理,广泛搜集循证资料,并先后组织国内脾胃病专家就脾虚证证候分类、辨证治疗、诊治流程、疗效标准等一系列关键问题进行总结讨论,形成本共识意见初稿,之后按照国际通行的德尔斐法进行了 3 轮投票。2015 年 9 月,在重庆进行了第一次投票,并根据专家意见,起草小组对本共识意见进行了修改。2015 年 12 月,在北京进行了第二次投票。2016 年 6 月,中华中医药学会脾胃病分会在厦门召开核心专家审稿会,来自全国各地的 20 余名脾胃病学知名专家对本共识意见(草案)进行了第三次投票,并进行了充分地讨论和修改。2016 年 7 月,在哈尔滨第 28 届全国脾胃病学术会议上专家再次进行了讨论、修改和审定,并于 2016 年 9 月在北京召开了本共识的专家定稿会议,完成了本共识意见(表决选择:①完全同意;②同意,但有一定保留;③同意,但有较大保留;④不同意,但有保留;⑤完全不同意。如果 $>2/3$ 的人数选择①,或 $>85\%$ 的人数选择①+②,则作为条款通过)。现将全文公布如下,供国内外同道参考,并冀在应用中不断完善。

2 病因病机

2.1 病因

依据《素问·痹论》“饮食自倍,肠胃乃伤”,《灵枢·本神》“脾藏营,营舍意,脾气虚则四肢不用,五藏不安”,《素问·至真要大论》“诸湿肿满,皆属于脾”,《素问·阴阳应象大论》“湿胜则濡泻”,《素问·异法方宜论》“脏寒生满病”,《脾胃论·脾胃胜衰论》“肠胃为市,无物不受,无物不入,若风寒暑湿燥一气偏盛,亦能伤害脾胃”,《丹溪心法》“脾土之阴受伤,转输之官失职”,《血证论》“以脾主思虑,故每因思虑而伤脾阴”及《小儿药证直诀》“脾胃虚衰,四肢不举,

诸邪遂生”等中医经典理论,脾虚证多因饥饱失常或过食肥甘厚味生冷,或劳倦过度,或思虑过度、情志失调,或吐泻日久、损伤脾土,或湿邪侵袭、内困脾土,或禀赋不足、素体脾胃虚弱,或久病调养失慎,或他脏病变及脾,或过服苦寒及攻伐药物等致脾胃气、血、阳、阴受到损伤所致。

2.2 病机

由《素问·脏气法时论》“脾病者,虚则腹满,肠鸣飧泄食不化”,《金匱翼》“脾统血,脾虚则不能摄血;脾化血,脾虚则不能运化,是皆血无所主,脱陷妄行”,《脾胃论·脾胃胜衰论》“夫饮食不节则胃病,……胃既病,则脾无所禀受,故亦从而病焉;形体劳役则脾病,脾病则怠惰嗜卧,四肢不收,大便溏泻;脾既病,则胃不能独行津液,故亦从而病焉”,《血证论》“脾阳不足水谷固不化,脾阴不足水谷仍不化也,譬如釜中煮饭,釜底无火固不熟,釜中无水亦不熟也”等中医经典理论可知,脾虚证发生与患者体质状态、致病邪气强弱密切相关。尽管临床脾虚证症状表现错综复杂,但其病机主要表现为脾失运化、脾不升清、脾失统摄、脾阳虚衰和脾阴不足致水谷精微运化失常,气血化生不足,形体失养;清阳不升,中气下陷,精微输布失常和血不循常道、溢于脉外等主要的病理变化。

3 诊断标准

3.1 证候诊断标准

本共识意见脾虚证诊断标准,参考《中药新药临床研究指导原则(第一辑)》^[1]和《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[2],依据相关古代文献、临床实际及专家共识,分为脾气虚证(包括脾虚湿蕴、脾不统血、中气下陷 3 项兼证)、脾阳虚证和脾阴虚证 3 种证型,具体如下。

3.1.1 脾气虚证 主症:1) 倦怠乏力;2) 大便溏稀;3) 食欲减退。次症:1) 神疲懒言;2) 食后腹胀;3) 脘腹隐痛,遇劳而发;4) 口淡不渴;5) 面色萎黄;6) 排便无力。舌脉:舌淡或伴齿痕、苔薄白;脉弱无力。诊断:舌脉象必备加主症、次症各 2 项,或舌脉象必备加主症 1 项、次症 3 项即可诊断。

兼证诊断:在脾气虚证诊断基础上,1) 大便溏滞,食已欲泄,口黏腻不渴,舌苔白厚腻者可判为脾虚湿蕴证;2) 兼见便血,或呕血,或月经量多,或牙龈出血等慢性出血症状之一者,可判为脾不统血证;3) 胃脘坠胀不适,食后、站立或劳累

后加重; 肛周或下腹或腰部坠胀不适, 站立或劳累后加重; 久泻或久痢; 兼具上述症状中任 1 项即可诊断为中气下陷证。

3.1.2 脾阳虚证 主症: 1) 大便清稀甚则完谷不化; 2) 脘腹冷痛喜温喜按, 遇寒或饥时痛剧; 3) 畏寒肢冷。次症: 1) 肠鸣辘辘; 2) 口泛清涎; 3) 面色_㿔白; 4) 带下清稀量多。舌脉: 舌淡胖伴齿痕、苔白滑, 脉沉缓。诊断: 舌脉象必备加主症、次症各 2 项, 或舌脉象必备加主症 1 项、

次症 3 项即可诊断。

3.1.3 脾阴虚证 主症: 1) 饥不欲食; 2) 肌肤肤热。次症: 1) 唇干少饮; 2) 脘腹痞胀、夜剧昼静; 3) 大便偏干、排出无力; 4) 手足烦热; 5) 嘈杂不适。舌脉: 舌质嫩偏润、苔少, 脉细弱偏数。诊断: 舌脉象必备加主症、次症各 2 项, 或舌脉象必备加主症 1 项、次症 3 项即可诊断。

3.2 主要症状、体征量化分级

使用时根据各主要症状、体征在证候积分中的

表 1 脾虚证主要症状量化分级评分表

主要症状	0 级(0 分)	I 级(1 分)	II 级(2 分)	III 级(3 分)
食欲减退	无	食欲稍差, 饭量较病前减少达 1/3	食欲差, 饭量较病前减少达 1/2	基本无食欲, 饭量较病前减少 2/3 以上
倦怠乏力	无	精神不振, 不耐劳力, 尚可坚持日常轻体力活动	精神较为疲乏、倦怠思睡, 只能勉强支持日常轻体力活动	精神极度疲乏, 身体和四肢均感无力, 已不能坚持日常轻体力活动
神疲懒言	无	不喜多言, 不问不答, 能坚持工作	懒言, 多问少答, 工作能力下降	倦卧而不喜言语, 工作能力明显下降
面色萎黄	无	面色稍萎黄, 唇色偏淡	面色萎黄少泽, 唇色较淡	面色萎黄不泽, 唇色苍白
胃痛	无	胃脘隐痛 > 3 天发作 1 次, 时作时止, 得食则减; 1 小时内可缓解; 不影响工作及生活	胃脘隐痛 2~3 天发作 1 次, 喜温喜按, 饥时痛剧; 1~3 小时内可缓解; 影响工作及生活	胃脘隐痛或冷痛每天发作, 喜温喜按, > 3 小时方可缓解, 或绵绵腹痛不休, 遇劳则发; 严重影响工作及生活
脘腹痞胀	无	> 3 天发作 1 次, 食后明显, 时作时止, 1 小时内缓解, 不影响日常生活	2~3 天发作 1 次, 食后明显, 发作频繁; 1~4 小时内缓解, 部分影响日常生活	每天发作; 食后明显, > 4 小时才缓解, 甚至整天不能缓解; 影响工作及生活
饥不欲食	无	偶觉饥饿感但不欲食	时有饥饿感而不欲食	常有饥饿感而不欲食
胃中嘈杂	无	> 3 天发作 1 次, 1 小时内可缓解, 胃中微嘈, 生活作息不受影响	2~3 天发作 1 次, 1~3 小时内可缓解, 嘈杂明显, 生活作息受影响	每天发作, > 3 小时才缓解, 甚至终日不缓解, 嘈杂甚, 生活作息严重受影响
泄泻	无	大便稀溏或初硬后溏, 2 或 3 次/日, 甚者反复 2 个月左右	大便稀溏或轻度完谷不化, 3 或 4 次/日, 甚者持续 2 个月左右	大便完谷不化, 每日 > 4 次; 甚或飧泄不止, 持续 2 个月以上
排便无力	无	排便费力, 大便质软而不甚干结	排便比较费力, 大便质软或溏滞, 临厕努挣方出	排便相当费力, 大便溏滞, 临厕数次努挣皆难出
腹痛	无	腹部隐痛 > 3 天发作 1 次, 时作时止; 1 小时内可缓解; 不影响工作及生活	腹部隐痛 2~3 天发作 1 次, 喜温喜按, 遇寒痛剧; 1~3 小时内可缓解; 影响工作及生活	腹部隐痛或冷痛每天发作, 喜温喜按; > 3 小时才缓解, 或绵绵腹痛不休, 遇劳则发; 严重影响工作及生活
肠鸣	无	≤ 3 次/天, 肠鸣声响不大	4~9 次/天, 肠鸣连连, 声响颇大	≥ 10 次/天, 肠鸣辘辘, 声如雷鸣
口淡无味	无	偶觉口淡无味	时觉口淡无味	持续口淡无味
口黏不渴	无	偶觉口黏不渴	时觉口黏不渴	持续口黏不渴
唇干少饮	无	偶觉口干少饮	时觉口干少饮	持续口干少饮
口泛清涎	无	偶见口泛清涎, 量不多	时口泛清涎, 量较多	频频口泛清涎, 量多
畏寒肢冷	无	轻微畏寒, 怕进食生冷, 喜暖; 偶有四肢不温, 无需添加衣被	畏寒, 得温可减; 进食生冷可能患病; 四肢欠温, 较常人稍多加衣被	显著畏寒, 喜温喜按; 进食生冷易患病; 四肢冰冷, 较常人必需多加衣被
脏器下垂	无	轻度胃或子宫或肾下垂; 进食偏多则脘痞或脐下坠胀; 或劳累后下腹坠胀感, 或腰部坠胀感	中度胃或子宫或肾下垂; 进食后脘痞或脐下坠胀明显; 或活动后感下腹坠胀不适, 或腰部下坠感	重度胃或子宫或肾下垂; 稍进食即脘痞或脐下坠胀明显; 或稍活动即感下腹明显下坠不适, 或腰部明显下坠感
脱肛	无	轻度肛门下坠, 偶伴脱肛	肛门下坠, 时见脱肛	肛门明显下坠, 常见脱肛
便血	无	大便质软成形, 色黯黑; 1 或 2 次/日	大便偏烂呈柏油样, 肠鸣音亢进; 2 或 3 次/日	大便呈柏油样、质稀烂甚至暗红色水样, 有油光; 肠鸣音明显亢进; 每日 > 4 次; 可伴呕深咖啡色胃内容物
月经量多	无	月经量偏多, 色偏淡	月经量较多, 色淡	月经量多, 色淡且淋漓不止
呕血	无	呕吐浅咖啡色胃内容物	呕深咖啡色胃内容物; 可同时伴柏油样软黑便, 肠鸣音亢进	呕暗红色甚至红色胃内容物, 可同时伴黑便、柏油样便, 质烂, 肠鸣音明显亢进
牙龈出血	无	偶有牙龈出血, 色偏淡, 牙龈无明显红肿	时有牙龈出血、色淡, 局部牙龈稍萎缩	经常牙龈出血、色淡, 局部牙龈萎缩

注: 上述每项主要症状轻重程度, 除进行症状评分半定量量化分级外, 尚需结合临床所伴随相关症状、体征以及患者个体的体质状态, 从总体上综合把握, 不宜区别过细

表 2 脾虚证舌象体征量化分级评分表

舌象	I 级 (1 分)	II 级 (2 分)	III 级 (3 分)
脾气虚证	舌质轻度色淡, 苔薄白	舌质淡或稍胖伴齿痕, 苔薄白	舌质淡胖多伴齿痕, 苔薄白
脾虚湿蕴证	舌质轻度色淡, 苔薄腻或根部白腻	舌质淡, 舌苔中、根部白腻	舌质淡胖伴齿痕, 舌苔白厚腻
脾阳虚证	舌质轻度淡胖伴齿痕, 苔微白滑	舌质淡胖伴齿痕, 苔白滑	舌质淡胖伴明显齿痕, 苔白滑
脾阴虚证	舌质嫩, 苔偏少	舌质嫩偏润, 苔较少	舌质嫩而润, 明显苔少

注: 舌象变化可作为疗效评定的重要体征, 但临床中需结合伴随症状从总体改变把握, 不宜区别过细; 对于舌有齿痕者, 应结合脾虚证相关症状综合判断, 避免单凭舌有齿痕即判为脾虚证情况的出现

权重, 赋予不同分值。本脾虚证主要症状、体征量化分级评分表参照《中药新药临床研究指导原则(第一辑)》^[4]、《中药新药临床研究指导原则(试行)》^[5]和中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会制订的《胃肠疾病中医症状评分表》^[6], 结合临床实际具体制定如下。

3.3 涉及西医疾病的诊断标准

临床不同脾虚证若涉及西医的疾病, 其西医疾病的诊断则需按照该疾病国内外公认的相应诊断标准和轻重程度进行。

3.4 辅助诊断参考指标

尿 D-木糖排泄率低下; 唾液淀粉酶负荷试验活性低下。

4 临床治疗

4.1 辨证论治

4.1.1 脾气虚证 治法: 健脾益气。主方: 四君子汤(《太平惠民和剂局方》)。药物: 人参、白术、茯苓、炙甘草。兼证治疗: 1) 脾虚湿蕴证: 治宜益气健脾、渗湿止泻, 方用参苓白术散(《太平惠民和剂局方》); 2) 脾不统血证: 治以益气补血、健脾摄血, 方用归脾汤(《济生方》)。3) 中气下陷证: 补中益气、升阳举陷为治, 方用补中益气汤(《脾胃论》)。加减: 脾气虚兼胸膈痞满者, 加枳壳、陈皮行气宽胸; 脾虚气滞致暖气食少、胀满泄者, 以香砂六君汤益气健脾、理气宽中; 脾不统血者, 根据出血部位、时间、程度及寒热, 偏寒者酌加艾叶炭或炮姜炭温经止血, 偏热者酌加生地炭或棕榈炭凉血止血; 中气下陷兼腹痛者, 酌加白芍柔肝止痛; 兼气滞者, 酌加枳壳理气消胀。

4.1.2 脾阳虚证 治法: 温中散寒, 补气健脾。主方: 理中汤(《伤寒论》)。药物: 白术、人参、干姜、炙甘草。加减: 1) 虚寒甚者, 加附子、肉桂助阳祛寒; 2) 兼气滞饮停者, 加枳实、茯苓理气化饮; 3) 若胃脘隐痛, 遇寒或饥时痛剧, 进食可缓, 喜温按者, 用黄芪建中汤治疗。

4.1.3 脾阴虚证 治法: 甘淡扶脾。主方: 慎柔

养真汤(《慎柔五书》)。药物: 党参、茯苓、白术、黄芪、山药、莲子、白芍、五味子、麦冬、炙甘草。加减: 1) 纳呆明显者, 加炒麦芽醒脾开胃; 2) 口干少饮明显者, 去黄芪加健脾益气、不腻不燥之五爪龙; 3) 脘腹痞胀、夜剧昼静者, 加甘平之合欢花解郁安神、滋阴益脾。

4.2 常用中成药

4.2.1 四君子丸 益气健脾。用于脾胃气虚, 胃纳不佳, 食少便溏。

4.2.2 香砂六君丸 益气健脾, 和胃。用于脾虚气滞所致消化不良、暖气食少、脘腹胀满、大便溏泄。

4.2.3 参苓白术颗粒(丸) 健脾、益气。用于体倦乏力、食少便溏。

4.2.4 参苓健脾胃颗粒 补脾健胃, 利湿止泻。用于脾胃虚弱、饮食不消、或泻或吐、形瘦色萎、神疲乏力。

4.2.5 补中益气颗粒(丸) 补中益气, 升阳举陷。用于脾胃虚弱、中气下陷所致体倦乏力、食少腹胀、便溏久泻、肛门下坠或脱肛、子宫脱垂。

4.2.6 人参健脾丸 健脾益气, 和胃止泻。用于脾胃虚弱所致的饮食不化、脘闷嘈杂、恶心呕吐、腹痛便溏、不思饮食、体虚倦怠。

4.2.7 补脾益肠丸 益气养血, 温阳行气, 涩肠止泻。用于脾虚气滞所致的腹胀疼痛、肠鸣泄泻、黏液血便; 慢性结肠炎、溃疡性结肠炎、过敏性肠炎见上述证候者。

4.2.8 附子理中丸 温中健脾。用于脾胃虚寒所致脘腹冷痛、呕吐泄泻、手足不温。

4.2.9 人参归脾丸 益气补血, 健脾养心。用于心脾气虚所致之心悸、健忘、失眠多梦、面色萎黄、体倦食少, 以及妇女月经量多色淡、淋漓不止。

4.3 针灸疗法

对于虚证, 本着“虚则补之”“陷下则灸之”的治疗原则。阳气虚者, 针灸并用, 针用补法, 重灸, 以益气养血, 鼓舞正气, 强壮脏腑、经络的功能; 阴虚者, 一般多针少灸, 平补平泻。脾气虚和

脾阳虚者取穴以足太阴、足阳明经穴和相应背俞穴如太白、三阴交、足三里、丰隆、脾俞、胃俞等为主; 气虚下陷者加气海、关元、百会, 重用灸法; 气不摄血者加隐白、血海、膈俞, 重用灸法; 阳虚甚者加关元、肾俞, 重用灸法。脾阴虚者则以足太阴经、手足阳明经及脾胃的募穴等为主如中脘、章门、合谷、梁门、足三里、内关、公孙、廉泉、金津、玉液等。

4.4 病证结合治疗

鉴于脾虚各证候临床涉及多种中西医疾病, 治疗思路应兼顾病、证、症三者, 以证为本、以症为标、以病为枢, 制订相应治法, 并兼顾其合并症状的改善与消除; 应根据所见症状的轻重、缓急, 分列君、臣、佐、使合理配伍组方, 以充分发挥中药复方配伍灵活、病证兼治的特色^[1]。

5 疗效评定

以证候为主体的临床总结, 应着重于主要症状单项和综合疗效评价, 以及证候疗效评价。

5.1 主要症状疗效评价标准

5.1.1 主要症状单项评分标准 分为 0、I、II、III 4 级。0 级: 无症状, 计 0 分; I 级: 症状轻微, 不影响日常生活和工作, 计 1 分; II 级: 症状中等, 部分影响日常生活和工作, 计 2 分; III 级: 症状严重, 影响到日常生活, 难以坚持工作, 计 3 分。

5.1.2 主要症状单项疗效评定标准 分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。脾气虚证: 倦怠乏力; 大便溏稀; 食欲减退。脾阳虚证: 大便清稀甚则完谷不化; 脘腹冷痛喜温按, 遇寒或饥时痛剧; 畏寒肢冷。脾阴虚证: 饥不欲食; 肌瘦肤热。1) 临床痊愈: 原有症状消失。2) 显效: 原有症状改善 2 级。3) 有效: 原有症状改善 1 级。4) 无效: 原有症状无改善或原有症状加重。

5.1.3 主要症状综合疗效评定标准 按尼莫地平法计算, 症状改善百分率 = $[(\text{治疗前总积分} - \text{治疗后总积分}) / \text{治疗前总积分}] \times 100\%$, 分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级; 以临床痊愈和显效病例数计算总有效率。1) 临床痊愈: 症状消失。2) 显效: 症状改善百分率 $\geq 70\%$ 。3) 有效: $30\% \leq \text{症状改善百分率} < 70\%$ 。4) 无效: 症状无明显改善, 症状改善百分率 $< 30\%$ 。

5.2 证候疗效评定标准

采用尼莫地平法计算, 疗效指数 = $[(\text{治疗前}$

$\text{积分} - \text{治疗后积分}) / \text{治疗前积分}] \times 100\%$, 分为临床痊愈、显效、有效、无效共 4 级。1) 临床痊愈: 主要症状、体征消失或基本消失, 疗效指数 $\geq 95\%$ 。2) 显效: 主要症状、体征明显改善, $70\% \leq \text{疗效指数} < 95\%$ 。3) 有效: 主要症状、体征明显好转, $30\% \leq \text{疗效指数} < 70\%$ 。4) 无效: 主要症状、体征无明显改善, 甚或加重, 疗效指数 $< 30\%$ 。

5.3 生存质量评价

目前国内普遍采用汉化版 SF-36 健康调查量表进行评价, 患者报告结局指标 (patient reported outcomes, PRO) 作为评价工具, 在慢性病领域辅助评价中医临床疗效的作用逐渐被认可。鉴于慢性胃肠疾病 PRO 量表^[2]、脾胃系疾病 PRO 量表^[3]对于评价慢性胃肠疾病脾虚证候的相关症状、体征重叠以及临床疗效均具有一定借鉴意义, 临床可参照其对相应的具体内容进行脾虚证生存质量的评价。

6 预防调摄

饮食有节, 宜进食易消化之食物, 并可适当进食山楂、鸡内金助消化, 山药、莲子、扁豆、芡实、薏米等药食两用以健脾益气; 避免生冷不洁、难消化之物损伤脾胃; 忌食辛辣醇酒、荤腥油腻之品以防在脾气虚基础上蕴湿生热。

注意保持乐观向上及平缓心态, 勿急躁易怒及忧思, 移情易性, 调畅情志, 以最大限度减少情志失调对脾胃的影响。

起居有常以慎防寒湿等外邪的侵袭; 劳逸结合, 注意锻炼身体, 坚持散步并适当练习如八段锦、太极拳养生术, 增强正气以提高机体防御外邪的能力。

辨证用药基础上, 适当配合益气健脾、疏导气机之推拿、穴位按摩或按压、捏脊、敷贴、艾灸、耳针、烫熨、热奄包等中医特色外治疗法, 则临床效果更佳。

项目负责人: 张声生

共识意见执笔人: 胡玲、李茹柳、张声生

参与共识意见专家 (按姓氏笔画排名): 丁霞、马群、王凤云、王邦才、王汝新、王垂杰、王春生、王宪波、王敏、牛兴东、叶松、田旭东、田耀洲、冯培民、朱生樑、朱莹、任顺平、刘力、刘友章、刘凤斌、刘华一、刘启泉、刘建设、刘绍能、刘德喜、齐玉珍、江宇泳、孙玉信、劳绍贤、苏娟萍、李军祥、李延萍、李佃贵、李勇、李振

华、李乾构、李培、李慧臻、杨小军、杨胜兰、杨晋翔、杨翠兰、时昭红、吴耀南、何晓晖、余泽云、汪龙德、汶明琦、沈洪、张小萍、张声生、张学智、张磊、陈苏宁、陈涤平、林寿宁、季光、金小晶、周正华、周学文、周强、郑昱、单兆伟、孟立娜、赵文霞、赵宇明、赵鲁卿、胡玲、柯晓、查安生、钦丹萍、姜莉云、袁红霞、党中勤、徐进康、徐健众、唐旭东、唐志鹏、陶琳、黄明河、黄绍刚、黄贵华、黄恒青、黄穗平、梁超、董明国、舒劲、曾斌芳、谢胜、谢晶日、路广晁、蔡敏、潘洋、薛西林、魏玮。

参考文献

- [1] 广州中医学院脾胃研究组. 脾虚患者唾液淀粉酶活性初步研究 [J]. 中华医学杂志, 1980, 60(5): 290-292.
- [2] 沈自尹. 中医虚证辨证参考标准 [J]. 中西医结合杂志, 1983, 3(2): 117.
- [3] 沈自尹, 王文健. 中医虚证辨证参考标准 [J]. 中西医结合杂志, 1986, 6(10): 598.
- [4] 中华人民共和国卫生部. 中药治疗脾虚证的临床研究指导原则 [J]. 中国医药学报, 1988, 3(5): 71-72.
- [5] 国家中医药管理局. 中医病证诊断疗效标准 [M]. 南京: 江苏科学技术出版社, 1988.
- [6] 中华人民共和国卫生部. 中药新药临床研究指导原则:

第一辑 [M]. 北京: 中华人民共和国卫生部, 1993: 91-95.

- [7] 郑筱萸. 中药新药临床研究指导原则(试行) [M]. 北京: 中国医药科技出版社, 2002: 361-364.
- [8] 陈蔚文, 王颖芳, 劳绍贤, 等. 脾气虚证患者基因差异表达研究 [J]. 中国病理生理杂志, 2008, 24(1): 148-152.
- [9] WANG Y, XU A. Zheng: A systems biology approach to diagnosis and treatments [J]. Science, 2014, 346(6216): S13-S15.
- [10] 中国中西医结合学会消化系统疾病专业委员会. 胃肠疾病中医症状评分表 [J]. 中国中西医结合消化杂志, 2011, 19(1): 66-68.
- [11] 劳绍贤, 胡玲. 现代中医临证思维的核心: 证为本, 病为枢, 症为标 [J] // 全国中西医结合发展战略研讨会暨中国中西医结合学会成立三十周年纪念会论文集汇编. 北京: 中国中西医结合学会, 2011: 202-205.
- [12] 唐旭东, 王萍, 刘保延, 等. 基于慢性胃肠疾病患者报告临床结局测量量表的编制及信度、效度分析 [J]. 中医杂志, 2009, 50(1): 27-29.
- [13] 刘凤斌, 王维琼. 中医脾胃系疾病 PRO 量表理论结构模型的构建思路 [J]. 广州中医药大学学报, 2008, 25(1): 12-14.

(收稿日期: 2017-03-21; 修回日期: 2017-04-10)

编辑: 焦爽

(上接第 1524 页)

寒淫于内的治疗当以甘味、苦味、辛味和咸味为主。麻黄汤中麻黄、杏仁均为辛苦味，桂枝味辛甘，炙甘草味甘。可见麻黄汤很好地体现了《黄帝内经》运用五味治疗风寒证的基本原则。但由于后世医家研读《伤寒论》更多地是研究六经辨证体系，更注重方药的最终功效，很少分析其产生功效的药性机制，这就导致依据五味理论确立治法的原则被逐渐淡化。

到了宋代，钱乙在《小儿药证直诀》中大力倡导脏腑辨证，脏腑辨证理论体系逐渐成为临床医生诊疗疾病的主要工具。金元时期张元素又在《珍珠囊》中创造性地提出了药物归经理论。因此，宋元以降的医者用药大多是基于脏腑功能，其遣方用药的理论指导更多的是依据藏象学说，根据五味理论指导临床治疗逐渐被边缘化，这无疑是中医治法理论的损失和遗憾。

5 结语

《黄帝内经》基于五味应五脏、五味化生五脏

精气的认识，将五味理论运用到病因病机、治则治法、养生保健等多个领域。作为连接中医基础与临床的桥梁，五味理论具有其他中医理论所不可替代的作用和价值，利用五味对五脏的不同作用，恰当地运用五味来调整脏腑功能，进而达到治疗疾病的目的，这是中医治疗学中独具特色的手段和方法。但究竟该如何应用五味调整脏腑功能，五味对五脏究竟具有哪些作用，五味损伤脏腑究竟具有什么样的规律等，这些问题的答案在《黄帝内经》中并不十分清晰明了，后世的解释也存在一些分歧，这就需要在研读经典的过程中，深入挖掘，去伪存真，找到最为符合经旨的观点。

参考文献

- [1] 郭蔼春. 黄帝内经素问校注语译 [M]. 天津: 天津科学技术出版社, 1979: 153.
- [2] 张介宾. 类经 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2011: 258.
- [3] 王洪图. 内经讲义 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2002: 133.

(收稿日期: 2017-01-19; 修回日期: 2017-03-10)

编辑: 黄健